Dávila (Jo. m.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LOS

DERRAMES DE PECHO

TÉSIS INAUGURAL

DE

JOSÉ MARÍA DÁVILA

Alumno
de la Escuela de Medicina de México



MEXICO
IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y COMPAÑÍA
Calle de Cordobanes número 8

1881

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LOS

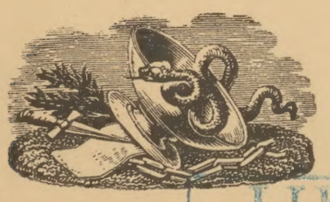
DERRAMES DE PECHO

TÉSIS INAUGURAL

DE

JOSÉ MARÍA DÁVILA

Alumno
de la Escuela de Medicina de México



MEXICO

IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y COMPAÑÍA
Calle de Cordobanes número 8

1881

Á LA SAGRADA MEMORIA

DE

MI PADRE

A MI ADORADA MADRE:

DÉBIL MUESTRA DE MI CARIÑO INMENSO.

A MI EXCELENTE AMIGO

EDUARDO J. CAMPOS.

A MIS MAESTROS:

TESTIMONIO DE ETERNA GRATITUD.

DERRAMES DE PECHO

CONSIDERACIONES ANATOMICAS.—Las pleuras son unas membranas serosas situadas en la cavidad torácica y destinadas á facilitar los deslizamientos del pulmon en esta cavidad. Están separadas por el tabique que se llama mediastino.

La pleura representa un saco sin abertura, que cubre toda la superficie del pulmon, reflejándose á nivel de su pedículo para tapizar en seguida toda la superficie interna de la cavidad, que contiene al órgano respiratorio.

De manera que, como todas las serosas, tiene una hoja visceral y otra parietal; ambas están normalmente en íntimo contacto; la cavidad no existe allí más que en estado virtual, y solo se hace manifiesta cuando algun derrame líquido ó gaseoso, viene á interponerse entre el pulmon y la pared torácica, separando las dos hojas de la serosa.

Cuando se derrama en pequeña cantidad un líquido en la pleura, éste parece estar dispuesto ba-

jo la forma de una capa delgada, interpuesta entre el pulmon y la pared torácica (derrame laminar). Cuando la cantidad es más grande, la influencia de la pesantez se hace sentir y el líquido se acumula en la parte más declive de la cavidad, es decir, hácia atrás y abajo, enviando siempre una delgada capa entre el pulmon y la pared torácica. A proporcion que la cantidad de líquido va aumentando y por consiguiente subiendo su nivel, el pulmon va siendo rechazado hácia arriba; pero llega un momento en que el nivel del líquido está á la altura del pedículo del pulmon, y entónces este órgano no puede ya ser rechazado en ese punto y solo puede ceder hácia su parte libre, es decir, hácia su parte externa, en donde no hay obstáculo ninguno que le impida ceder el lugar al líquido siempre creciente; esto hace que el nivel del líquido esté más alto en ese punto y afecte en lo general una forma parabólica.

Peter, da la siguiente ingeniosa explicacion de la forma parabólica de los derrames de pecho.

Desde luego, para él, los derrames serosos no afectan en su nivel la forma parabólica; solamente los fibrinosos, que por su consistencia pueden ser un poco adherentes, nos presentan este fenómeno.

Para resolver este problema de semeyótica tiene en cuenta: la posicion del enfermo sobre el plano inclinado de la cama, la forma del tórax, y en

fin, la accion de la pesantez sobre el líquido contenido en la pleura.

Cuando el enfermo está horizontalmente acostado, el líquido, obedeciendo á la gravedad, se reune en toda la canaladura costo–vertebral, por ser la parte más declive del dorso; pero como el enfermo está de ordinario acostado en el plano inclinado de la cama, el líquido se acumula en la parte inferior de esta canaladura. Ahora bien; cuando el líquido es seroso, y el enfermo, de acostado que estaba, pasa á estar sentado, el líquido, fluido como lo hemos supuesto, seguirá obedeciendo á la gravedad y abandonando la canaladura vertebral, se acumulará sobre la superficie del diafragma, afectando en su nivel la forma de una línea completamente horizontal.

Cuando el líquido es fibrinoso, al pasar el enfermo de acostado que estaba á la posicion vertical, el líquido, dotado de propiedades adhesivas, no obedecerá sino lenta y difícilmente á la pesantez, y gran parte de él quedará adherente á la canaladura vertebral, primitivamente ocupada; de manera, que cuando el enfermo está sentado, la línea de nivel conservará casi la misma forma que cuando el enfermo estaba acostado; entónces es cuando vemos el nivel de líquido afectar una forma cuasi parabólica.

Lo que decimos del enfermo cuando está en la

posicion supina y se sienta, puede aplicarse perfectamente al mismo cuando está acostado de lado, como sucede en los derrames, y se endereza; el punto más alto de la parábola, estaria entónces en el costado del enfermo.

Cuando es excesiva la cantidad del derrame, el líquido ocupa casi toda la cavidad pleural, y el pulmon, extraordinariamente reducido, está colocado en la canaladura vertebral ó sujeto únicamente á su pedículo.

En el estado normal, la pleura es completamente lisa y ningun lazo une las dos hojas de la serosa; pero en el estado patológico, á más del líquido exudado ó derramado en la pleura, hay neoformaciones membranosas que vienen á constituir ataduras entre el pulmon y la pared torácica, en cuyo caso la forma del derrame puede ser extraordinariamente modificada. Cuando el pulmon ha sido rechazado á la canaladura costo-vertebral y estas ataduras sobrevienen, queda imposibilitado el órgano de volver á su posicion fisiológica, y entónces sobreviene ese estado que se ha designado con el nombre de *derrame necesario*, y que más tarde describiré.

Clasificacion y etiologia de los derrames.—Los prácticos están de acuerdo en designar con el nombre de derrames á la acumulacion de un líquido cualquiera en la cavidad de la pleura.

Lo más comun es que sean: serosos, serofibrinosos, purulentos, ó sanguíneos. Los hidáticos no los estudio, tanto por su rareza y difícil diagnóstico, cuanto porque su tratamiento no difiere del de los anteriores.

Su etiología es muy variada.

Los derrames serosos, que más bien constituyen un síntoma que una enfermedad, se presentan en todos aquellos casos en que existe un estado discrásico de la sangre, como en la albuminuria, en la caquexia cancerosa ó bien cuando hay algun obstáculo á la circulacion venosa pulmonar, como en algunos aneurismas del callado de la aorta, en el infarto de los gánglios brónquicos, en los tumores diversos del pecho, que obran puramente por compresion, ó en las lesiones valvulares del corazon que obran aumentando la tension en las venas pulmonares.

Los serofibrinosos son producidos por la inflamacion de la serosa. Compuestos de serosidad y fibrina disuelta, son el producto de la exósmosis vascular. Además de este exudado, hay otro en estos derrames, debido á la proliferacion conjuntiva, y que es el que viene á constituir las membranas de nueva formacion. El derrame sanguíneo, por la irritacion que produce en la pleura, puede provocar tambien la formacion de nuevas membranas.

Los derrames purulentos, se comprende desde

luego que suceden á una inflamacion de la pleura. Pueden ser purulentos ó suceder á un derrame serofibrinoso ó sanguíneo. Difícil seria explicar el misterio de la conversion de estos líquidos en pus.

Los derrames sanguíneos los producen los traumatismos diversos del pecho, siempre que sean suficientes para producir desgarraduras vasculares.

El siguiente cuadro nos resume las variedades á que pueden dar orígen las causas enumeradas:

Inflamacion de la pleura	Serofibrinosos. Serosanguíneos. Purulentos.
Sintomáticos	Serosos.
Traumatismo	Sanguíneos. Serofibrinosos. Purulentos.

Como he dicho ántes, hay que tener en cuenta que tanto los serofibrinosos como los sanguíneos, pueden trasformarse más tarde en purulentos.

Diagnostico.—Los derrames de pecho son de las afecciones que se prestan más á la exploracion del médico.

Encontramos desde luego entre los antecedentes, los signos de la inflamacion de la pleura, el recuerdo de algun dolor de costado antiguo, la infeccion purulenta ó la fiebre puerperal, la tubercu-

lizacion de los pulmones, ó bien los traumatismos del pecho ó enfermedades diversas, como la albuminuria, aneurismas del callado de la aorta ó lesiones valvulares, de las cuales el derrame no es más que una manifestacion.

El enfermo nos llama la atencion sobre la disnea y la tos seca, que viene sobre todo al sentarse ó al hacer algun movimiento en su cama; la sensacion de molestia y de peso que experimenta en uno de los lados del pecho ó de los dos cuando el derrame es doble, como sucede casi exclusivamente en los tuberculosos; nos dice además, con mucha frecuencia, que no puede acostarse más que de un solo lado. Todos estos síntomas nos invitan á explorar el pecho, que á la simple vista encontramos abombado, con sus espacios intercostales salientes. Cuando se tiene un poco de hábito, se puede demostrar allí la sensacion de ola semejante á la que da la ascitis.

La cinta métrica puede demostrarnos un aumento de volúmen del tórax, del lado donde existe el derrame.

A la percusion encontramos una oscuridad absoluta en la parte superior del pecho, afectando en su límite superior, una forma parabólica y hácia abajo de la clavícula, cuando el nivel del líquido no ha llegado hasta allí, una sonoridad timpánica, porque el tejido pulmonar comprimido, conduce mejor el

ruido bronquial: á este fenómeno se ha dado el nombre de timpanismo de Skoda.

Haciendo hablar al enfermo, encontramos á la palpacion las vibraciones del pecho, disminuidas en todos los puntos donde existe el derrame.

Como el pulmon ha sido rechazado de su parte inferior, no hay allí murmullo vesicular, ni ruido anormal ninguno; hácia arriba encontraremos, segun el grado á que ha llegado el pulmon á recogerse, el soplo suave, el soplo tubario, el soplo brónquico y aun el soplo cavernoso, es decir, aumento de la intensidad del soplo con el aumento de la cantidad del líquido derramado; la voz presenta tambien caractéres variables que están en armonía con los del ruido respiratorio; cuando el ruido vesicular es disminuido ó nulo, la resonancia vocal es tambien disminuida ó nula; sin embargo, algunas veces el silencio es completo en lo que concierne á la respiracion, y la voz llega á nuestro oido como un zumbido confuso y lejano. Cuando hay soplo, la voz toma un timbre semejante al del soplo, y á proporcion que el soplo va aumentando con la cantidad del derrame, iremos oyendo progresivamente la broncofonía, la voz cavernosa y la egofonía, aunque esta última pertenece tambien á los derrames pequeños y medianos.

Por último, al acumularse el líquido en la cavidad de la pleura, va rechazando á las vísceras ve-

cinas que desaloja de su lugar; esto es perceptible principalmente en el corazon, cuya punta en las pleuresías izquierdas, puede llegar á batir del lado derecho del esternon.

Vemos, pues, que hay síntomas suficientes para poder diagnosticar un derrame; pero no basta conocer que hay allí un líquido patológico, porque las indicaciones y el pronóstico, variarán con la cantidad, con la calidad del derrame y con el estado que guarde el pulmon.

Estudiaremos uno por uno estos puntos, que nos resumen las indicaciones curativas en estas enfermedades.

PUNTO PRIMERO

CANTIDAD DEL LIQUIDO DERRAMADO

Dado un derrame cualquiera en la pleura, solo dos caminos diversos puede seguir para su curacion: ó la naturaleza sola, ó ayudada de los medios médicos hace que se reabsorba, ó bien el líquido sale de la cavidad por un trayecto que él mismo se forma ó que el cirujano le abre, para evitar todos los inconvenientes que la permanencia de aquel líquido puede traer al enfermo.

Cuando la cantidad de líquido es pequeña, de dato reciente, la experiencia nos enseña, que por

lo comun acaba por reabsorberse. No trayendo por lo demás perturbaciones graves en las funciones del enfermo, no tenemos necesidad absoluta de sacarlo, y nuestro trabajo se reducirá á ayudar á la naturaleza en su trabajo de reabsorcion, por medio de los purgantes, los diuréticos, yoduro de potasio, y sobre todo, por los vejigatorios volantes, que han dado tan buenos resultados en estos casos.

Si la cantidad de líquido es mediana, sucede con frecuencia que el líquido se reabsorbe con los mismos medios que hemos visto se aconsejan en el caso anterior, y que aun la naturaleza sola es capaz de reabsorberlo; pero sucede tambien que á pesar de una terapéutica bien dirigida, el derrame permanece estacionario, en cuyo caso, el constante obstáculo que ofrece al desplegamiento del pulmon, hace que éste pierda su elasticidad y que más tarde, cuando se pretenda hacer una expulsion tardía del líquido, el pulmon no pueda ya venir á llenar el vacío que deja el derrame, y el líquido, en consecuencia, no salga.

De manera que si despues de algunos dias de observacion que solo el práctico puede calcular, no conseguimos por los medios médicos que el líquido disminuya, estamos autorizados á recurrir á la toracentesis para prevenir las alteraciones del pulmon.

En el tercer caso, cuando el líquido derramado en la pleura es abundante, el pulmon rechazado hasta el último extremo, refundido en la canaladura vertebral, impotente para desempeñar sus funciones fisiológicas, perturba la hematosis en un grado extremo; el corazon comprimido tambien y desalojado del lugar que la naturaleza le ha designado, tiene dificultad en sus movimientos y predispone al síncope; los gruesos vasos que pueden sufrir una especie de torcion por el d salojamiento del corazon ó ser comprimidos directamente por la abundancia del derrame, se ponen por esta razon en condiciones tales, que facilitan la coagulacion de la fibrina de la sangre y se forman trombus que ocasionan la muerte del enfermo. La observacion de todos estos hechos y los innumerables casos de muerte que vió el eminente clínico Trousseau, le obligaron á desmentir el principio que anteriormente habia sentado Louis, "que la pleuresía nunca es causa inmediata de muerte." Estos mismos hechos hicieron que pensara el ilustre médico frances, en desenterrar la puncion de pecho, que en esa época permanecia sepultada en el polvo del olvido. En tales circunstancias, como la naturaleza, lo mismo que los medios médicos, son impotentes para reasorber con la rapidez que exige el caso, aquel líquido que está amenazando de muerte al enfermo, debemos recurrir con pronti-

tud, siguiendo los sabios preceptos de Trousseau, á la toracentesis.

Sentada ya la necesidad de hacer este diagnóstico, veamos cuáles son los medios con que contamos para precisar cuándo la cantidad del líquido derramado puede matar al enfermo.

Desde luego se ocurre que la disnea, la angustia del enfermo, podrian indicarnos, cuándo la cantidad del líquido derramado es muy abundante; pero seria un grave error guiarse por este signo tan inconstante y engañador; y en efecto, se ven derrames considerables asociados á una opresion insignificante; en la clínica de Trousseau pueden leerse varios casos de estos, y entre ellos el de aquella nodriza que pudo andar á pié una larga distancia, llevando su niño cargado, sin experimentar una gran fatiga; y siendo su derrame tan considerable, que la toracentesis practicada despues, ha dado 2,500 gramos de líquido. Como éste, vienen otros muchos casos en que la abundancia del derrame habia matado á los enfermos, ántes de que se pensara siquiera en practicar la toracentesis. De manera que no debemos guiarnos por la opresion que sienta el enfermo, para diagnosticar la abundancia del derrame y mucho ménos para practicar la toracentesis.

Dieulafoy, con este mismo objeto, pretendió averiguar en qué momento el líquido, por su cantidad,

hacia apremiante la indicacion de la toracentesis; y decia que la muerte no habia sobrevenido jamás en un derrame inferior á 2,000 gramos, aunque una vez solamente, en una observacion de M. Blachez, la pleura no contenia más que 1,500 gramos: sin embargo, sienta que, en un adulto bien conformado, la operacion de la toracentesis debe practicarse, cuando la cantidad de líquido derramado está entre 1,800 á 2,000 gramos.

Pero bien; aun suponiendo exacto esto, ¿cómo valorizar el peso del líquido que contiene la pleura? El mismo autor ensayó hacer unas tablas comparativas en las que la altura del líquido hasta tal ó cual costilla, nos indicara su cantidad; pero se encontró, como de antemano lo habia previsto, que la amplitud de la cavidad del pecho, variable con la edad, la talla y el sexo del enfermo, hacia irrealizable tal medio.

Es sabido que los derrames pequeños son caracterizados á la auscultacion por un soplo suave á la espiracion y por la egofonía; que en los derrames medianos el soplo toma un timbre brónquico, y que en los grandes, los ruidos normales y anormales pueden desaparecer por completo ó ser reemplazados por un soplo cavernoso ó anfórico; pero las innumerables excepciones y la inconstancia de estos datos, hacen desechar la auscultacion como medio para precisar este diagnóstico.

El cirtómetro, que podia darnos la medida del abovedamiento del pecho, es un medio infiel, porque es sabido que no es constante este abultamiento aun en los derrames abundantes; por lo demás, puede haber deformaciones, que fisiológicas en el individuo, podian inducirnos á errores.

Solo nos queda, por úitimo, un medio que es indudablemente el más preciso, y al que debemos recurrir siempre: la percusion. La percusion nos muestra con exactitud el nivel á que ha llegado el líquido, nos indica el grado de desalojamiento á que han llegado las vísceras vecinas, y esto sí que indudablemente nos indica, de una manera directa, la cantidad del líquido existente.

Antes de acabar de tratar este punto, quiero dejar consignado lo siguiente: antiguamente, por abundante que fuera el derrame, no se practicaba la toracentesis en tanto que la reaccion era viva en el enfermo; en la actualidad no se hace caso de la reaccion, y la toracentesis se practica en vista solo de la abundancia del derrame.

PUNTO SEGUNDO

CALIDAD DEL LIQUIDO DERRAMADO EN LA CAVIDAD DE LA PLEURA

El conocimiento de la naturaleza del líquido derramado en la cavidad de la pleura, nos da tambien preciosas indicaciones para su tratamiento.

Cuatro casos principales pueden presentársenos: el líquido es seroso, serofibrinoso, purulento ó sanguíneo.

El derrame seroso, que como sabemos, es siempre un síntoma de un estado discrásico de la sangre ó es producido por una dificultad de circulacion en las venas pulmonares, está sujeto á las variaciones de estas enfermedades que le dan orígen, y el tratamiento se debe dirigir más bien á mejorar la enfermedad que le provoca, pues de casi nada serviria un tratamiento local, en tanto que la causa, que está manteniendo el aumento de la tension sanguínea, no es modificada.

Cuando el derrame es serofibrinoso y reciente, por lo comun la naturaleza, ayudada de los medios médicos tales como los vejigatorios volantes repetidos, los diuréticos, bastan para que el líquido se reabsorba; sin embargo, cuando es muy abundante, aunque sea reciente, los grandes peligros á

que expone al enfermo deben obligarnos á practicar la toracentesis.

Los derrames de pus, tan perjudiciales á la economía, porque la ponen en las mismas condiciones que otra coleccion purulenta cualquiera, suscitan aún, en las academias, importantes discusiones acerca de su tratamiento.

La operacion del empiema, que consiste en abrir salida al pus por una incision practicada en uno de los espacios intercostales, y la toracentesis que se practica hoy con tanta facilidad y sin el peligro de la entrada del aire, por medio de los aspiradores de Dieulafoy ó Potain, son los dos medios aconsejados para el tratamiento de esta grave enfermedad.

Los partidarios del empiema, comparan los derrames purulentos de la pleura á las colecciones de pus de las articulaciones y de los demás tejidos, y piensan que si en estos casos, la salida franca del pus da tan buenos resultados, debe darlos tambien en la pleura, que se encuentra en las mismas condiciones. Pero debe tenerse en cuenta que la que es incision franca, por ejemplo, para la articulacion de la rodilla; la que se practica en el pecho, que viene á ser casi del mismo tamaño, no lo es para la pleura, comparadas las dimensiones de ambas serosas y las dimensiones de ambas cavidades. No temen mucho la entrada del aire los partidarios del

empiema, porque creen destruir sobre el lugar los gérmenes, por medio de las curaciones listerianas y por la renovacion constante del aire; aunque esta última no debe ser fácil dada la pequeña dimension de la herida. Cuenta el empiema en su favor numerosos casos de curacion.

En favor de esta operacion citaré un caso, no precisamente porque haya curado un derrame purulento, sino más bien por el apoyo que presta á los que opinan que los derrames de sangre abundantes deben tratarse por la incision franca. En el Hospital de San Andrés, en la sala del Dr. Cordero, existe actualmente un enfermo que lleva en uno de los espacios intercostales una ancha cicatriz, efecto de un lanzazo que recibió hace algunos años. La sangre salió en abundancia por la boca y por la herida; por consiguiente, no solo fué desgarrada la pleura, sino tambien el tejido pulmonar; grandes desórdenes deben haberse producido, que el enfermo no puede explicarnos, y sin embargo, vemos que su pulmon ha quedado permeable, y aquella herida, que tan frecuentemente vemos que menores han causado á otros la muerte, á él, aun sin el auxilio de un médico, no le ha dejado ni siquiera un achaque.

La operacion de la toracentesis está apoyada tambien en numerosos éxitos, y aunque el líquido se reproduce, no hay al ménos el peligro de que el

pus se corrompa, se mejoran las condiciones del enfermo, porque se ve que la temperatura desciende el dia que se practica la puncion; y cuando el pulmon puede descender todavía, la respiracion puede efectuarse mejor, y por consecuencia, la hematosis es más completa.

Yo no me atreveria á sentar cuál de las dos es mejor: de uno y otro lado he oido partidarios cuyo saber me inspira un grande respeto; si juzgara por el reducido número de hechos que yo he visto, me inclinaria á la toracentesis.

Ya se proceda de una manera ó de otra, el diagnóstico del derrame purulento debe hacerse, tanto para formar un juicio sobre el pronóstico de la enfermedad, como tambien para poder obrar por medio de una terapéutica racional en beneficio del enfermo.

El derrame sanguíneo se encuentra regularmente en condiciones distintas que los anteriores. Sucede con frecuencia, que la sangre contenida en la pleura está sirviendo de obstáculo, para que la sangre siga derramándose por los vasos abiertos, que han sido la fuente de la hemorragia; y si en estas condiciones quitamos este obstáculo, vendrá una nueva hemorragia y el derrame se reproducirá inmediatamente; otras veces la sangre está coagulada, en cuyo caso nada se puede sacar, porque numerosos coágulos vienen á tapar el conducto

de la cánula é impiden salir á la sangre que haya quedado líquida.

Por consiguiente, la indicacion de la toracentesis y de la operacion del empiema, es rara en los derrames sanguíneos de la pleura.

Analicemos ahora los medios con que contamos para precisar esta parte del diagnóstico, que sin duda alguna es una de las más difíciles.

La concomitancia de una lesion orgánica, de una albuminuria, de un estado caquéctico en el enfermo, nos hará pensar inmediatamente, con probabilidad de no errar, en un derrame seroso.

La existencia actual ó reciente de una pleuresía, nos hará creer con razon en un derrame serofibrinoso. Glóbulos de sangre pueden colorear en rojo estos derrames, en cuyo caso la sangre viene de la ruptura de los pequeños vasos formados en las neomembranas.

Los derrames de sangre pura son producidos, por lo comun, por heridas ó traumatismos del pecho. Su diagnóstico es á veces difícil, particularmente cuando son producidos por otra causa que el traumatismo; en cuyo caso solo una puncion exploratriz podria ponernos de manifiesto la naturaleza del derrame, pero aun ésta solo debe emplearse en el caso que haya indicacion de extraer el derrame, cuando éste perjudique al enfermo por otras causas que la naturaleza del líquido.

Por último, el diagnóstico del derrame purulento, que es de tanta importancia, deberá hacerse siempre con el mayor cuidado.

Sucede á los traumatismos, á las pleuresías, con muchísima frecuencia se observa en los tuberculosos, se encuentra tambien en la infeccion purulenta; en el Hospital de la Maternidad he visto producirse derrames purulentos abundantísimos en el envenenamiento puerperal, pues aunque puede considerarse esta afeccion como análoga á la anterior, no sé por qué (ignoro si mi observacion será exacta), el envenenamiento puerperal tiene más tendencia que la infeccion purulenta, á atacar las grandes serosas de la economía.

Los derrames serofibrinosos y sanguíneos, bajo la influencia de causas desconocidas, pueden trasformarse en purulentos; algunos, injustamente tal vez, han atribuido este efecto á las punciones; pero tal conversion la vemos sobrevenir algunas veces sin que hayan intervenido estas operaciones.

Podemos sospechar la naturaleza purulenta del derrame en una pleuresía aguda, cuando la enfermedad afecta una intensidad extrema desde el principio, acompañándose de un dolor violento y de un estado general grave.

Cuando el líquido se trasforma poco á poco en pus, hay calosfrios irregulares y edema de las paredes torácicas á nivel de los últimos espacios in-

tercostales. Pero los signos más ciertos se encuentran en el estado general, en el debilitamiento del enfermo, en su color amarillo, en los calosfrios y la fiebre persistente. Se ha dicho que en el derrame seroso se percibe la voz soplante hasta la base del pecho, miéntras que en el derrame purulento, esta voz desaparece absolutamente; se comprende luego que por su difícil observacion y su inconstancia, este síntoma no puede ser nada bueno.

Cuando con los signos indicados no se haya podido hacer el diagnóstico, se recurrirá á la puncion exploratriz, que no agravará nada el estado del enfermo, y que por lo contrario, servirá al propio tiempo de medio curativo.

PUNTO TERCERO

ESTADO QUE GUARDA EL PULMON

Cuando el arte ó la naturaleza abren una salida al líquido contenido en la pleura, como es imposible que quede un vacío en el punto donde existia el líquido, ó el aire tiene que penetrar, lo cual seria muy perjudicial al enfermo, ó una de tres cosas ó las tres á la vez, como se observa más frecuentemente, tiene que suceder; el pulmon recogido hasta entónces en la canaladura vertebral por la abundancia del derrame, se despliega y llena el espacio

que ántes ocupaba; las costillas, comprimidas por el peso de la presion atmosférica, ceden para llenar aquel vacío, lo cual solo en los niños, que tienen aún sus costillas muy elásticas, podrá suceder; y por último, los órganos vecinos, saliendo de su lugar, vienen á llenar este hueco que deja el líquido extraido: esto, se comprende, en la práctica es muy difícil que se realice. Solo nos queda, pues, verdaderamente útil para llenar este vacío, el pulmon recobrando su posicion fisiológica y con ella la funcion que la naturaleza le ha encargado.

Pero sucede en los derrames, antiguos sobre todo, que el pulmon, refundido en la canaladura costo-vertebral y aun reducido muchas veces á su pedículo, se carnifica, se hace impermeable al aire, en una palabra, su desplegamiento se hace imposible; igual resultado nos dan las adherencias que se organizan entre el pulmon recogido y las paredes torácicas, á consecuencia de pleuresías posteriores á su recogimiento.

En tal estado de cosas, la permanencia del derrame en la cavidad de la pleura es indispensable; esto es lo que la ciencia ha designado con el nombre de derrame necesario.

La importancia de este diagnóstico es inconcusa; desde luego, por las condiciones distintas en que los órganos están colocados, su tratamiento debe diferir del que de ordinario se usa para los otros de-

rrames; su pronóstico es más grave que el de los otros, aun más que el de los purulentos, en el raro caso de que estén éstos exentos de esa complicacion.

Desgraciadamente podria decirse, que por ahora el diagnóstico solo puede hacerse *a posteriori*, pues la antigüedad del derrame, su orígen inflamatorio, solamente pueden hacernos sospechar el derrame necesario; el aspirador solo puede darnos signos ciertos. En tal caso, despues de que ha salido por la cánula cierta cantidad del líquido, el enfermo comienza á toser tenazmente, el líquido comienza á salir con dificultad, babeando, y al mismo tiempo, la aspiracion hace que se rompan algunos vasos y se tiña de rojo el líquido que está escurriendo.

Muchos son los medios que se han propuesto para la curacion de esta clase de derrames; entre ellos solo citaré la canalizacion del pecho que no ha dado hasta ahora más que resultados deplorables: la operacion del empiema, á la que se deben algunos éxitos.

Las indicaciones terapéuticas que se deducen de lo expuesto son las dos siguientes: procurar volver al pulmon la permeabilidad perdida, ó sustituir el líquido existente por otro que sea inofensivo.

La extraccion sucesiva de pequeñas cantidades

de líquido por medio del aspirador, puede hacer que se rompan las adherencias que unen el pulmon á la pleura y que le impiden bajar, y ya libre de estas ataduras, puede irse sustituyendo al líquido extraido por el aspirador.

Por ahora, la terapéutica es impotente para llenar la segunda indicacion; algunos prácticos han ideado sustituir el líquido que allí existe, por medio de una jeringa de doble corriente, con el agua hervida, el ácido carbónico, ó el protóxido de azoe, que al mismo tiempo modificarian la superficie supurante de la serosa; pero la voz autorizada de la práctica, no confirma todavía lo que en teoría parece tan bueno.

CONCLUSIONES

Los derrames de pecho son por lo regular de fácil diagnóstico.

No nos debemos limitar á diagnosticar el derrame, sino que debemos, en cuanto sea posible, procurar conocer la cantidad y la calidad del líquido derramado y el estado que guarda el pulmon.

En los derrames abundantes, cualquiera que sea la naturaleza del líquido, haya reaccion ó no, debe practicarse la toracentesis, para evitar la muerte repentina del enfermo.

Los derrames serosos y serofibrinosos, curan por lo regular por los medios médicos.

El derrame purulento debe tratarse por la puncion, porque es hasta ahora el medio que nos presta más garantías.

El derrame sanguíneo debe tratarse, cuando es pequeño, por la espectacion; cuando es abundante, algunos hechos prácticos nos autorizan á tratar esta afeccion por la incision franca.

Para los derrames necesarios no cuenta todavía la ciencia con medios eficaces para curarlos; sin embargo, las punciones repetidas tienen en su favor el mayor número de éxitos.

JOSE M. DAVILA.